

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909 — N° 7.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES RUPTURES UTÉRINES
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste-Paul-Louis ROUDOULY

Élève à l'École du Service de Santé militaire

Né à Caussade (Tarn-et-Garonne), le 2 octobre 1884.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES RUPTURES UTÉRINES
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908 — N° 7.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES RUPTURES UTÉRINES

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 novembre 1908

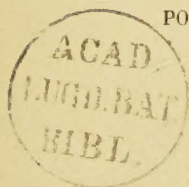
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste-Paul-Louis ROUDOULY

Élève à l'École du Service de Santé militaire

Né à Caussade (Tarn-et-Garonne), le 2 octobre 1884.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		X...
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale.		PAYIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	PATEL.	VORON.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Aug. Pollosson, *Président* ; M. Tixier, *Assesseur* ;
MM. Laroyenne et Voron, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A notre Président de thèse :

MONSIEUR AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté

*Qu'il veuille bien accepter l'hommage
de notre respectueuse gratitude avec
nos remerciements pour l'honneur qu'il
nous fait aujourd'hui.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux

Chef des travaux de médecine opératoire

*Il fut l'instigateur de ce travail qui n'a
d'autre mérite que de procéder de
son inspiration. Nous l'avons d'abord
admiré comme un maître, nous avons
été considéré par lui comme un ami.
Comme maître et comme ami il a droit
à toute notre reconnaissance, et nous
sommes heureux de lui en apporter
publiquement le témoignage aujourd'hui.*

A NOS MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Qu'il nous soit permis, avant d'arriver au terme de nos études médicales, d'adresser à tous ceux de nos maîtres qui s'intéressèrent plus particulièrement à nous l'hommage de notre reconnaissance.

Que M. le médecin-major Charigny reçoive ici l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous témoigna constamment pendant son séjour à l'Ecole. Nous garderons toujours le souvenir de l'accueil qu'il nous réserva dans son laboratoire. La netteté de son enseignement nous rendit plaisantes les questions les plus arides. Il fut pour nous mieux et plus qu'un maître : nous n'aurons garde de l'oublier.

M. le médecin-major Martin nous a prodigué récemment ses soins dévoués. Il a droit, de ce fait, à notre respectueuse gratitude. Un amical remerciement à notre camarade, le docteur Hauouy, qui a bien voulu mettre à notre disposition son talent de dessinateur.

Enfin nous voulons remercier aussi nos camarades de promotion, dont la sympathie nous fut précieuse et que nous avons pu apprécier pendant trois années de vie en commun : l'unanimité avec laquelle ils nous ont offert une faveur enviée nous a touché vivement, et nous les prions d'accepter le témoignage de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La rupture de l'utérus gravide à la fin de la grossesse est un fait pathologique et clinique connu depuis de longues années. Celse, dans son traité : *De re medica*, indique des lésions, dont il ne précise guère la nature, du reste, intéressant le tissu utérin. Plus tard, Albucasis rapporte avec beaucoup de détails, où le fantastique se mêle un peu à l'observation clinique des faits, le cas d'une femme atteinte d'un abcès à l'ombilic, avec issue de pus mêlé d'os de fœtus, « consécutif, dit l'auteur, à une grossesse non sortie ».

Il est probable qu'il s'agissait là du passage d'un fœtus dans la grande cavité péritonéale, à travers une déchirure du muscle utérin, et d'une heureuse réaction péritonéale qui avait isolé le faix et l'arrière-faix, et permis leur évacuation à travers la paroi.

En 1584, Plater cite une observation dans laquelle « le fœtus se présenta à l'ombilic » après huit jours de douleurs atroces.

Enfin, Guillemeau élève d'Ambroise Paré, dans ses *Œuvres de Chirurgie*, au chapitre « De l'heureux accou-

chement »; Crœntz, en 1755, dans son *De rupto in partus doloribus a fœtu utero*, ont entrevu la vérité sur les déchirures utérines au cours de l'accouchement. Mais il est superflu d'ajouter qu'ils n'avaient même pas envisagé la possibilité d'agir sur ces « errements de nature » pour les éviter ou pour y remédier.

Il faut arriver jusqu'en 1890, pour voir la chirurgie secondée par l'antisepsie et l'asepsie, s'attaquer à ces cas dont nous avons à nous occuper; et c'est le docteur polonais Krajewski qui fit coup sur coup, et avec un égal succès, dans la même année, deux hystérectomies pour rupture utérine. Or, il faut remarquer que déjà depuis 1853 on connaissait la pratique de l'ablation de la matrice en son entier; mais cette intervention avait été rarement tentée et seulement dans des cas de tumeurs utérines de gros volumes.

Les deux succès de Krajewski répandirent sa méthode et décidèrent les chirurgiens à poser dans certains cas l'indication de ce traitement.

On trouve dans la thèse de Forné 17 observations recueillies dans la science d'hystérectomie totale pour rupture utérine. Sur ces 17 cas nous voyons 6 guérisons, dont 2 dues à Krajewski lui-même, promoteur de la méthode.

En 1890, Gromadski, Natanson, Jazinski, tentent des interventions de ce genre. En 1893, B. von Fernwald allait chercher l'utérus en pinçant par le vagin les vaisseaux des ligaments larges, après avoir décollé circulairement le péritoine et les organes voisins (rectum et vessie).

Chrobak, Neugebauer publient, en 1895, chacun un

cas d'hystérectomie vaginale pour rupture utérine; mais ces deux cas sont suivis de la mort de l'opérée.

La même année, Slagmer aborde l'organe par la voie abdominale, et l'enlève par un procédé voisin du Porro.

Depuis, les chirurgiens ont discuté les modes d'intervention, mais dans son principe, celle-ci était admise et avait droit de cité; Schræder, en 1898, préconise la voie vaginale. Weiss et Schuhl, en 1900, la voie abdominale.

Actuellement, on trouve, éparses dans la littérature médicale, un assez grand nombre de cas de rupture utérine traités par l'hystérectomie; mais nous nous bornons à étudier ceux où le chirurgien aura choisi l'hystérectomie totale par voie abdominale; aussi bien des thèses récentes, telles que celles de MM. Forné, Schmitt, Sauvage, Lévy, ont donné de la question une vue d'ensemble sur laquelle il ne nous appartient pas de revenir.

Nous étudierons ici, tout d'abord, et rapidement, les ruptures utérines en général au point de vue de leur étiologie, de leur anatomie pathologique et de leur symptomatologie, puis nous passerons en revue les traitements usités jusqu'à ce jour, avec les conclusions qu'on peut en tirer.

Nous proposerons ensuite le mode opératoire qui nous paraît être le traitement de choix, en décrivant sa technique, puis nous citerons quelques observations où le chirurgien est intervenu par le traitement que nous proposons.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

I. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On peut classer les causes de ruptures utérines en deux groupes, selon qu'elles intéressent la mère ou l'enfant.

On peut relever :

A. — Du côté de la mère :

La multiparité qui engendrerait, d'après Doléris, une « déchéance du système génital ». Nous voyons que, d'après les statistiques de Bandl, 89 p. 100 environ des femmes chez qui on observe les ruptures utérines sont des multipares.

Les causes de débilité de l'organisme maternel : âge, privations, surmenage, manque de soins et d'hygiène pendant la grossesse.

La dégénérescence plus ou moins accentuée de la fibre musculaire utérine, provenant soit d'inflammations anciennes, soit de la localisation de certaines infections (cancéreuses, tuberculeuses, etc.).

Enfin, les obstacles à la sortie du fœtus, qui sont les causes rencontrées le plus fréquemment, soit qu'ils pro-

viennent d'exostoses ou de tumeurs, soit qu'il s'agisse de rétrécissements purs et simples du bassin, ou enfin soit que des tissus cicatriciels (déchirure ancienne du col, par exemple) s'opposent, par leur manque d'élasticité, à l'expulsion, et doivent être forcés au grand détriment de l'organe.

B. — Du côté du fœtus :

Exagération du volume, ou malformation (hydrocéphalie surtout).

Surtout présentations vicieuses, avec défaut d'adaptation, dont le danger est encore augmenté fréquemment du fait de la rupture précoce de la poche des eaux et de l'écoulement presque en entier du liquide amniotique.

C. — Enfin, il est bon d'ajouter une classe à cette catégorisation des causes de rupture, dans laquelle on pourrait faire entrer les ruptures causées par une intervention maladroite ou inopportune de la part d'un accoucheur, par exemple, application d'un forceps ou d'un basiotribe à travers un col insuffisamment dilatable.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ruptures de l'utérus peuvent être de formes et de dimensions très variables, dirigées dans un sens ou dans l'autre, siéger sur des points très divers de l'organe. Pourtant il semble qu'on les rencontre plus fréquemment sur les côtés que sur la face antérieure ou postérieure, et qu'elles affectent alors une direction longitudinale, remontant plus ou moins haut vers le pôle supérieur.

La tunique musculaire peut être seulement éraillée, ou complètement rompue, et l'on peut voir tous les degrés

entre la simple érosion des premières couches de fibres qui passe naturellement inaperçue, et la déchirure complète de l'organe intéressant ou non la séreuse péritonéale, selon que cette dernière adhère à la tunique musculaire, comme cela se voit sur les faces, ou est séparée du muscle par un tissu cellulaire plus ou moins lâche qui se laisse distendre et laisse la place à un hématome parfois de volume considérable, ainsi que cela se voit sur les côtés, au niveau de l'insertion utérine des ligaments larges.

III. — SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

La rupture peut se produire à tout moment du travail, surtout si ce dernier est long et pénible. Brusquement, à l'occasion d'une poussée plus violente, comme exaspérée, de la parturiente, elle sent une impression de craquement, de déchirement, qu'on avait prétendu autrefois pouvoir être perçu même par les assistants, pousse un cri, et tombe brusquement dans un état de prostration très marqué, qui, souvent, fait place au collapsus: une hémorragie, interne le plus souvent, avec très peu de sang à la vulve, vient ajouter encore par son action anémiant à l'asthénie causée par une trop forte dépense nerveuse. Les douleurs violentes et intermittentes ont fait place à une douleur très continue. Parfois des vomissements, une dyspnée intense et subite viennent compléter ce tableau clinique. Le ventre peut avoir, du fait du passage du fœtus dans la grande cavité abdominale, subi des modifications de volume et de forme plus ou moins marquées.

Mais la symptomatologie n'est pas toujours aussi complète; et devant un signe même fruste, même isolé, le praticien devra toujours songer à cette terrible éventualité d'une rupture, afin de se mettre en mesure d'y porter remède au plus tôt.

CHAPITRE III

DISCUSSION DU TRAITEMENT

DIVERS TRAITEMENTS EMPLOYÉS. — TRAITEMENT PROPOSÉ

On peut diviser en deux grandes classes les traitements tentés par les accoucheurs ou les gynécologues contre ce terrible accident qu'est la rupture utérine : dans l'une rentrent les divers procédés qui respectent l'organe blessé; dans l'autre, ceux qui proposent l'ablation de l'utérus.

1

Pendant longtemps, on a considéré la rupture de la matrice, au cours d'un accouchement, comme un accident à terminaison fatale dans tous les cas; et le praticien se résignait, masquant son inaction réelle sous des apparences de soins : stimulants ou calmants, selon les cas, administrés à l'intérieur. Cette méthode de traitement, dite « expectative », si du moins elle en est une, a vécu, et on ne trouve plus aujourd'hui personne pour la défendre.

Nous ne discuterons pas ici la question de savoir si, en présence d'une rupture utérine diagnostiquée, l'inter-

vention est indiquée ou non : des travaux antérieurs ont répondu avec autorité par l'affirmative, et ce sujet, pourrions-nous presque dire, n'est plus aujourd'hui d'actualité, car quel est le chirurgien, quel est l'accoucheur, si peu familiarisé qu'il soit avec le couteau, qui hésiterait, en présence d'un cas de ce genre, où la malade, si l'on n'agit point, est irrémédiablement perdue, à *aller voir*, pour essayer tout au moins d'agir ?

Mais l'intervention acceptée, en son principe, il s'agit de savoir comment il faudra procéder. Certains auteurs conseillent le tamponnement serré, utéro-vaginal, qui n'est, il faut bien l'avouer, qu'une expectative déguisée, car ce tamponnement est bien peu efficace pour assurer l'hémostase, ou bien, s'il est trop serré, pourra amener, par ischémie, la gangrène d'une portion de l'organe, ainsi que cela a été signalé parfois.

Que dire des injections antiseptiques ? Elles peuvent aider à la guérison, si elles sont associées à un traitement plus actif, mais ne peuvent suffire, à elles seules, à l'assurer.

Il faut en arriver aux procédés de suture de la plaie utérine, par voie vaginale ou abdominale, pour se trouver en présence de méthodes rationnelles et vraiment efficaces : en effet, le tamponnement, les injections peuvent agir sur des cas de rupture incomplète, sous-péritonéale, mais n'auront aucune action sur les déchirures intéressant la totalité de la paroi utérine. Et l'on sait combien difficile — impossible même dans la plupart des cas — est le diagnostic différentiel entre ces deux variétés de ruptures. Les mêmes critiques peuvent s'adresser au procédé du drainage simple par un tube de caout-

chouc introduit entre les lèvres de la déchirure. Ce procédé préconisé par Braun, Schröder est tombé aujourd'hui dans l'oubli.

La suture utérine.

« Le traitement chirurgical des ruptures utérines, dit Sauvage, se propose : l'arrêt de l'hémorragie par ligature directe des vaisseaux qui saignent, l'évacuation des liquides épanchés dans ou sous le péritoine, éventuellement, l'extraction du fœtus... et la prophylaxie d'une infection consécutive. »

Les partisans de la suture prétendent répondre à tous ces desiderata, soit qu'ils emploient la voie haute ou abdominale, soit qu'ils passent par le vagin pour effectuer la coaptation des deux lèvres de la déchirure.

Chomolgoroff, de Stuttgart, s'est fait le défenseur de cette méthode, mais reconnaît qu'il est très difficile de procéder à cette suture de l'utérus par le vagin. On lie sans voir ce qu'on prend dans sa ligature, et l'on peut ainsi léser gravement les organes abdominaux. D'ailleurs, souvent on ne peut remonter avec l'aiguille jusqu'à l'extrémité supérieure de la rupture, ainsi qu'il est arrivé dans une observation publiée par Chomolgoroff, et l'on est forcé de laisser béante toute une portion de la déchirure. L'insuffisance de cette méthode saute aux yeux, et point n'est besoin d'insister beaucoup pour la faire rejeter.

Beaucoup plus rationnelle et plus efficace nous semble la suture par voie haute, après laparotomie. Après Moulleron, Lebas, en France, et Wrepel, en Allemagne,

Mac Cormack et Harris, en Amérique, ont tenté cette méthode et en ont fixé le manuel opératoire.

Après toilette du péritoine et du petit bassin, ils suturent et affrontent les deux lèvres de la paroi utérine, ainsi qu'après une opération césarienne, en deux plans musculaire et séreux : s'il en était besoin, on a réséqué les bords déchiquetés de la déchirure. On termine par un drainage à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Malheureusement, si l'hémostase est, en général, établie par ce *modus faciendi*, si la pénétration des germes dans la grande cavité péritonéale est empêchée, il faut bien reconnaître que la paroi utérine soi-disant réfectionnée n'est qu'une fausse paroi; le tissu utérin n'a qu'une faible tendance à se cicatriser ; le péritoine, plus ou moins épaissi, est seul à représenter l'ancienne paroi détruite : au-dessous, c'est le vide; qu'on nous permette cette comparaison : la paroi utérine sera semblable à un mur effondré dont la boiserie seule est encore debout.

Et devant cette critique, appuyée sur un fait absolument constaté, tombe le meilleur argument des défenseurs de cette méthode : l'utérus restant en place, disent-ils, pourra mener à bien une nouvelle grossesse. Non ! une nouvelle grossesse, dans un utérus guéri par suture d'une déchirure, exposera la femme à une seconde rupture, presque fatalement. Valéry, dans sa thèse, cite dix-huit cas, rapportés par Krukenberg, dans lesquels une cicatrice ancienne de suture utérine a cédé à l'occasion d'un nouvel accouchement. Enfin, Varnier, répondant aux partisans de la suture, s'écrie : « Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre

en réforme pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Les critiques de détail qu'on pourrait adresser aux procédés de la suture utérine s'effacent devant la chute du grand argument de ses défenseurs : on leur a reproché encore la très grande difficulté qu'il y a, même par voie haute, à coapter les deux lèvres d'une plaie utérine, dont une partie est flasque et molle ; l'autre, la partie distale, est contractée et dure.

Nous voyons donc que les procédés conservateurs de l'organe n'ont pas d'indication propre. Il importe, par conséquent, de recourir à une thérapeutique chirurgicale plus énergique et plus efficace.

II

L'hystérectomie a été tentée, dans les cas de rupture utérine, par la voie vaginale et par la voie abdominale, comme l'opération plus simple qu'est la suture utérine.

Hystérectomie vaginale.

C'est Neugebauer qui, en 1894, tenta le premier l'hystérectomie vaginale, pour rupture de l'utérus. Après lui, Chrobak, Winter et quelques autres auteurs ont tenté cette intervention qui, d'après les statistiques donne 50 p. 100 de succès, soit, plus exactement, trois succès sur six cas, dont il est fait mention dans la littérature médicale.

Les partisans de cette méthode la préconisent surtout

parce que, dit Schröder, cette intervention choque moins l'opérée, généralement, que l'intervention par voie haute.

Mais, à cet argument, tiré d'une observation par trop générale, on peut répondre en objectant que ce procédé est forcément aveugle, et peut laisser dans l'ombre de larges délabrements qu'il ne permet pas de soupçonner, et qu'une laparotomie aurait mis au grand jour et permis de réparer; le cas de Solowig est, à ce point de vue, typique : après une hystérectomie vaginale pour rupture de l'utérus, suivie de mort, l'autopsie permit de constater une vaste déchirure du péritoine, qui avait complètement échappé à l'œil et au doigt du chirurgien. Ce reproche est assez grave pour faire rejeter la méthode, étant donné surtout qu'on en possède d'autres dont la supériorité est manifeste, et que nous allons maintenant décrire.

De plus, en cas d'une erreur de diagnostic, toujours possible, surtout dans certains cas à symptômes frustes, le chirurgien ne peut pas s'arrêter en route : il doit forcément terminer, par l'ablation, une hystérectomie vaginale commencée, alors même qu'il s'aperçoit en cours d'exécution de l'inutilité de son intervention. Et c'est ainsi qu'on a pu extirper des utérus, jugés à tort rupturés. Au contraire, la laparotomie, en vue de l'hystérectomie abdominale, donne un large jour, qui permet d'explorer librement l'étendue des dégâts, et de battre en retraite quand il en est temps encore, sans avoir fait subir de trop graves traumatismes à la malade.

Hystérectomies abdominales.

Restent donc les procédés d'extirpation par voie haute, par laparotomie. Ici encore, deux catégories de procédés : les hystérectomies partielles, les hystérectomies totales.

A. — Opération de Porro, prise pour type des hystérectomies partielles.

Nous n'avons pas à décrire ici les divers procédés d'hystérectomie de Porro : extra-péritonéale, intra-péritonéale. Nous renvoyons, pour ces points, au traité magistral de Delagénère, sur la chirurgie de l'utérus. Nous voulons seulement étudier la valeur de cette intervention dans les cas qui nous occupent.

Une des grandes supériorités, mise en valeur par ses partisans, est la simplicité relative de ce procédé. Un praticien, même peu expérimenté en chirurgie abdominale, peut mener à bien une intervention de cette espèce, et l'argument a son importance, étant donné que la rupture utérine, qui tend à devenir de plus en plus rare dans nos grands hôpitaux urbains, se voit surtout à la campagne, à la suite, par exemple, d'une manœuvre maladroite de matrones ignorantes, ou d'une présentation vicieuse, négligée trop longtemps.

De plus, le procédé de Porro est un procédé rapide, qui nécessite le minimum d'anesthésie et le minimum de traumatisme pour la malade, déjà en état de shock, en général.

Enfin, toujours d'après ses défenseurs, cette méthode

répond à toutes les nécessités du traitement, mentionnées plus haut : elle assure incontestablement l'hémostase, et préviendrait aussi l'infection.

Nous allons discuter les mérites de cette intervention, en essayant de répondre aux arguments de ses partisans et en faisant remarquer ce qui lui manque, non seulement pour être parfaite, mais aussi pour égaler le dernier procédé, que nous proposerons comme procédé de choix.

Il faut reconnaître que l'opération de Porro, par la simplicité de sa technique, qui la met à la portée de tous les praticiens, même peu exercés, rendra souvent de grands services. Mais, au point de vue chirurgical, où nous nous plaçons, dans un centre hospitalier pourvu de ressources suffisantes en personnel et en matériel, il n'est pas douteux que l'hystérectomie totale doive lui être préférée. Autre chose est d'opérer à la campagne, loin de tout secours, en cas d'urgence, autre chose de discuter l'intervention qui assurera à la malade le maximum de sécurité, au point de vue des accidents immédiats ou éloignés.

Quant à la longueur de l'intervention, il faut reconnaître qu'elle est plus considérable si l'on a choisi l'hystérectomie totale. Mais ce désavantage est, nous le verrons, compensé par bien des supériorités; quelques grammes d'éther, quelques minutes de plus sous l'anesthésie n'ajouteront pas beaucoup à l'état de shock de la malade et pourront lui éviter de graves complications.

En effet, si l'hémostase est bien réalisée par le Porro, il n'en est pas de même de l'asepsie : quelle menace perpétuelle d'infection que ce moignon, qu'on essaiera bien de momifier avec des antiseptiques divers, mais qui s'éli-

minera presque toujours en lambeaux putrides et mal-odorants, causant des suppurations interminables, qui laisseront la malade et le chirurgien, et qui feront sans cesse redouter, nouvelle épée de Damoclès, les pires complications ! La grande cavité abdominale n'est pas loin, et la face externe du péritoine baigne, peut-on dire, dans le pus. Tant que durera l'élimination de ce moignon, le médecin ni sa malade ne pourront être tranquilles.

Et la preuve que ce moignon, qui fait le fond de la méthode, en est aussi le point faible, c'est que tous les auteurs se sont ingéniés à le réduire le plus possible. Auguste Reverdin, au VII^e Congrès de chirurgie, déclare : « Le moignon est au moins inutile, souvent nuisible : je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles. »

Enfin, l'événtration est de règle lorsque la malade a échappé à tous les risques d'infection grave que lui faisait courir ce moignon encastré, vivant cautère, dans sa paroi abdominale, et qu'elle a guéri. Et alors, on a une infirme qui sera obligée ou bien de subir une nouvelle opération, et combien aléatoire, ou bien de changer complètement son genre de vie.

On ne peut donc accepter l'opération de Porro *comme la règle* dans les cas d'hystérectomie pour rupture utérine; nous ne saurions donc souscrire aux conclusions de Sauvage, qui préconise l'hystérectomie partielle avec extériorisation du moignon, comme l'intervention de choix dans ces cas, et nous réservons nos préférences pour le dernier mode opératoire, qui est l'hystérectomie totale.

B. — Hystérectomie totale.

Varnier, dans son rapport au Congrès de gynécologie, dit, en parlant de cette intervention :

« Quiconque a vu de près l'état de dilacération et d'infiltration sanguine du petit bassin, comprendra qu'au point de vue de la rapidité d'exécution — si importante en ces états de shock — la meilleure opération sera l'hystérectomie subtotale. Ce serait vouloir jouer la difficulté que de tenter l'hystérectomie totale. »

A quoi Cristeanu, l'un des promoteurs à Bukarest de l'hystérectomie totale, répondait quelques mois plus tard :

« Ce serait vouloir jouer avec la vie de la femme que de recourir en pareil cas à l'hystérectomie subtotale. Quiconque a vu de près l'état de dilacération, d'infiltration sanguine du petit bassin, de la cavité abdominale même, de sa septicité très probable et des délabrements péritonéaux lointains (rein opposé, dans une observation citée dans ce travail), comprendra qu'au point de vue des suites de l'opération, le meilleur procédé est l'hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal. »

Il est difficile d'être plus catégorique que Cristeanu dans sa réponse à Varnier, où il emploie pour contredire ce dernier les termes mêmes dont il s'était servi; mais ce n'est rien de s'inscrire en faux contre l'assertion d'un auteur, il faut prouver, et nous allons voir que Cristeanu et avec lui bien d'autres ont fait valoir des arguments sérieux et décisifs.

L'hystérectomie totale est le moyen de choix propre à parer aux éventualités prochaines ou éloignées, qui font

le danger de la rupture utérine. Nous avons vu plus haut que ces dangers sont l'hémorragie et l'infection.

L'hémorragie a sa source : 1° au niveau de la tranche utérine qui saigne; 2° au niveau de la plaie placentaire, l'utérus se contractant mal; 3° dans le paramétrium, dans le tissu cellulaire lâche des ligaments larges, qui contiennent des petits vaisseaux, source d'une perte de sang sourde et lente, mais continue.

L'opération de Porro, par sa stricture élastique au niveau de l'isthme pare bien à l'hémorragie provenant des deux premières sources; mais le paramétrium continuera à donner, et cette hémorragie, pour minime qu'elle soit, suffira souvent à épuiser la malade et à compromettre sa vie. C'est à cette indication que répond l'hystérectomie totale; au prix d'une intervention plus longue de quelques minutes, on aveuglera sûrement ces petits vaisseaux, dont la béance crée un danger des plus graves, et sur lesquels une hystérectomie partielle, à la méthode de Porro, restera absolument inefficace.

Contre l'infection, enfin, la supériorité de l'intervention que nous préconisons est évidente: du moment qu'on enlève, en quelque sorte, le corps du délit, qu'on fait ensuite avec beaucoup de jour la toilette soignée du petit bassin, et qu'on assure un bon drainage ultérieur, par la voie basse, on s'est mis dans les meilleures conditions possibles pour prévenir ou arrêter l'infection. L'observation de M. le professeur agrégé Tixier est à ce point de vue typique. Il s'est trouvé en présence d'une véritable gangrène localisée : la base des ligaments larges crépitait d'emphysème, c'est qu'il intervenait 63 heures après la rupture, et on peut admettre que l'évidement

total du pelvis, facilement drainé ensuite par la voie basse, a été pour beaucoup dans l'heureux résultat de l'opération.

Mais, dira-t-on, on n'a pas toujours affaire à un utérus infecté, à un petit bassin où sont déjà implantés les germes pathogènes; outre que c'est presque la règle, peut-on admettre la possibilité de porter un diagnostic ferme et d'affirmer que dans tel cas, il n'y a pas d'infection, que dans tel autre, elle existe; et puis, même s'il opère en un milieu à peu près stérile, le chirurgien va laisser derrière lui, sous la forme de ce moignon détestable, une amorce toute prête pour une infection ultérieure.

Enfin, les partisans de l'hystérectomie partielle voudraient tout au moins que l'on en conservât l'indication dans le cas de rupture incomplète, sous-péritonéale de l'utérus. Mais on sait combien il est difficile de faire la distinction entre ces deux variétés: la symptomatologie est trompeuse; le toucher même fournit des renseignements erronés, et même le ventre une fois ouvert, il est bien facile de prendre pour un sac séreux, bien fermé au-dessus d'une déchirure du muscle utérin, ce qui n'est qu'un boyau ouvert à ses deux extrémités, l'une dans l'utérus, l'autre dans le grand péritoine.

Nous concluons donc que *l'hystérectomie totale est indiquée dans tous les cas de rupture utérine diagnostiquée, lorsque l'intervention est matériellement possible, lorsque le chirurgien pourra avoir à sa disposition les aides et les instruments qui lui seront nécessaires.* Sans doute le Porro pourra rendre des services à un praticien mal aidé, à la campagne par exemple. Mais une opération de fortune, qui peut rendre des services,

ne peut être considérée comme une méthode de choix. C'est, toutes proportions gardées, comme si l'on s'avisait de comparer le coup de bistouri donné à travers la peau pour ouvrir l'anse intestinale gangrenée vers la superficie dans les cas heureux d'étranglements herniaires non traités, et l'intervention merveilleuse qu'est la kélotomie et qui réussit à coup sûr, quand elle est pratiquée à temps.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

I. — INCISION DE LAPARATOMIE

Ce sera une incision médiane verticale, du pubis à l'ombilic, très rapidement conduite. Cette incision doit être, dans ces cas d'urgence, préférée au Pfannenstiel, qui fait perdre cinq à six minutes.

II. — ISOLEMENT DES ANSES INTESTINALES DE LA RÉGION PELVIENNE

La malade étant très légèrement inversée, on introduit de grandes compresses de gaze au-dessus du dôme utérin et on refoule sous ce couvercle aseptique les anses intestinales. Deux pinces de Museux, fortes, saisissent énergiquement les cornes utérines par les prises dites latérales, c'est-à-dire qui saisissent non pas le muscle utérin seul, mais la corne, au niveau des insertions du ligament rond et la terminaison du ligament large. On ne craint pas ainsi de déchirer un muscle utérin souvent friable et infecté.

Traction énergique, en haut et en avant, de l'utérus,

qui, grâce à la laxité considérable de ses ligaments à l'état gravidique, peut être attiré d'emblée dans la plaie opératoire et laisse un jour énorme sur le Douglas. Si des liquides (sang, sécrétions vaginales dans les cas de déchirure complète) remplissent ce point déclive du péritoine, toilette rapide.

A ce moment, on peut complètement inverser la malade.

III. — HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Par les procédés adoptés par chaque chirurgien, mais de préférence par le procédé américain :

a) Section et ligature du ligament rond gauche, section et ligature du pédicule utéro-ovarien gauche.

b) Section et ligature du ligament rond droit, section et ligature du pédicule utéro-ovarien droit.

Pendant ces manœuvres, une traction un peu énergique exercée par les prises latérales arrête ordinairement suffisamment l'hémorragie qui peut venir de la déchirure utérine.

c) Décollement d'un grand lambeau péritonéal antérieur.

d) Ligature des utérines gauche et droite.

e) Section de la tranche vaginale.

Pour pénétrer dans le vagin, on peut ou bien agir par le cul-de-sac antérieur, ou bien par les culs-de-sac latéraux. Il faudra seulement se souvenir que dans les cas d'utérus gravidé, par suite de la formation du segment inférieur, le col utérin semble se continuer directement avec le conduit vaginal, et qu'il y a une difficulté réelle

à reconnaître le point précis où l'on est directement sur les parois vaginales. (Cf. observation.)

Rapidement, de gros tampons refoulent de haut en bas les liquides qui ont pu s'amasser dans les culs-de-sac vaginaux. Une suture hémostatique de la tranche postérieure est soigneusement faite, et une grosse mèche de gaze est introduite dans le vagin de haut en bas. Péritonisation soignée du pelvis, grâce au lambeau péritonéal antérieur, qui est remarquablement grand dans le cas d'hystérectomie pour utérus gravide. Fermeture totale du ventre sans aucun drainage.

La malade sera immédiatement réchauffée, et il y aura lieu de lui injecter en grande quantité du sérum artificiel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

CRISTEANU, de Bukarest. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1902.

VII pare. — *Lenteur du travail.* — *Rupture utérine sournoise.* — *Version podalique.* — *Laparatomie quatorze heures après l'accident.* — *Hystérectomie abdominale totale.* — *Drainage abdomino-vaginal.* — *Guérison.*

Femme entrée à la Maternité de Bukarest dans la nuit du 20 octobre 1900, à terme. Enfant vivant en O I G T. Accouchements antérieurs difficiles, mais spontanés.

L'orifice est perméable pour deux doigts. La tête fixée au détroit supérieur paraît un peu volumineuse. Le 21 octobre, vers 2 heures de l'après-midi, les douleurs commencent et à 10 heures du soir, la dilatation étant complète, on rompt les membranes. Tête au détroit supérieur sans tendance à l'engagement; deux heures et vingt-cinq minutes après la dilatation complète, on administre un bain chaud. Les contractions deviennent un peu plus douloureuses, puis cessent. *Aucun symptôme anormal*, comme : violentes douleurs, syncope, faiblesse. Après le bain, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Par le vagin, pas le moindre écoulement sanguin. Pendant la nuit, je suis appelé à la Maternité pour appliquer le forceps (inertie) et je trouve une rupture utérine.

Palpation. — Le globe utérin est sous les fausses côtes droites. Le corps de l'enfant est passé dans la cavité.

Examen vaginal. — Tête au détroit supérieur, col dilaté complètement et revenu en partie. Enorme bosse séro-sanguine.

Au moment de l'introduction de la main droite pour guider la branche gauche du forceps, je constate une déchirure de la partie gauche et inférieure de l'utérus et du cul-de-sac. La tête fœtale mobile se déplace et je fais la version qui s'exécute avec beaucoup de difficulté ; mais la tête, dernière, passe assez facilement.

Particularités. — 1° Au moment de l'introduction de la main, très peu de sang s'écoule par le vagin ; 2° la préhension des pieds a été très difficile, à cause des intestins, au milieu desquels se trouvaient les membres inférieurs, et qui s'étaient enroulés tout autour. Immédiatement après la sortie du placenta, une anse intestinale de 25 centimètres, accompagnée d'une grande frange épiploïque, apparaît à la vulve : je désinfecte et réduis cette anse herniée. Nouvelle hernie de l'épiploon : ligature au catgut sur sa base et réduction du moignon.

Potions toniques ; injections de sérum, 1.000 grammes, éther et caféine ; infusion de café, glace.

Ventre douloureux, ballonné ; vomissements bilieux, déjà avant l'intervention. On met deux vessies de glace sur le ventre. Position déclive, tête haute, T. 37°, P. 120. L'urine est sanguinolente ; albumine en grande quantité. Je fais prévenir le professeur Draghiesco, chef de service, et prépare tout pour la laparotomie.

Quatorze heures après l'accident et le passage du fœtus dans la cavité abdominale, le ventre est énormément distendu, très sensible. Vomissements très fréquents, bilieux, noirs, marc de café. T. 37° 2, facies grippé. Pouls petit, filiforme, 135. Plus de sang dans l'urine, mais beaucoup d'albumine.

A ce moment, quatorze heures après production de la rupture, laparotomie.

Je constate : déchirure complète au niveau de la partie

inférieure de l'utérus et du cul-de-sac gauche ; rupture par arrachement du ligament rond gauche et de son artère ; le bout supérieur, long de 3 centimètres, saigne encore ; le bout inférieur, rétracté dans les tissus, est couvert par un grand hématome. L'utérine gauche est déchirée et son bout inférieur rétracté dans la profondeur des tissus de la lèvre inférieure. L'utérus contracté est récliné dans la fosse iliaque droite.

Dans le petit bassin, mais surtout dans la fosse iliaque droite, il y a des caillots ; le péritoine est déchiré dans les deux fosses, surtout dans la droite (jusqu'au niveau du rein). Le ventre est rempli de caillots qui adhèrent aux intestins injectés, et d'une grande quantité de méconium.

Toute la cavité abdominale est pleine d'un liquide pâle. L'estomac est très dilaté. Les veines de l'estomac sont du calibre d'une plume d'oie. Pendant l'anesthésie, dyspnée, cyanose ; on remplace le chloroforme par l'éther. Après toilette sommaire de la cavité, on donne la position de Trendelenburg.

Eloignant alors les lèvres de la partie inférieure de la plaie abdominale par de larges écarteurs, je procédai à l'hystérectomie totale par le procédé américain, mais adapté aux circonstances. Après avoir fait la ligature de l'artère isolée du ligament large et du ligament rond (bout supérieur pour ce dernier), j'ai cherché le bout inférieur rétracté dans les tissus. J'ai trouvé et lié l'artère du ligament rond, et l'utérine, un peu plus loin, à côté de l'uretère. Si je n'avais pas trouvé l'utérine, pour me garantir d'une hémorragie secondaire, j'aurais cherché et lié l'hypogastrique. Après avoir déterminé le lambeau sur la face antérieure, j'ai incisé et décollé très facilement le péritoine. L'incision a été faite à l'union du col et de la paroi vaginale. La différenciation du tissu est très difficile. Je fais les mêmes ligatures du côté droit, puis incise entre les deux ligatures. Sur la face postérieure, j'exécute le même temps opératoire que sur l'antérieure. A cause de la difficulté et de la mollesse

des tissus, j'ai dû laisser une partie de la lèvre droite du col. Les intestins étant relevés et maintenus par de larges compresses stérilisées, je suture les déchirures du péritoine au catgut. Du côté droit, dans la fosse iliaque, une petite artère sous-péritonéale laisse couler un jet de sang très mince, mais continu. Ligature. Les tissus sont très infiltrés de sang.

L'hémostase est très difficile à droite, à cause des suffusions sanguines. On rétrécit l'orifice du vagin ; on redonne la position horizontale. Lavage minutieux de la cavité abdominale. On essuie avec des compresses ; on enlève les caillots qui adhèrent.

Drain vaginal. Suture de la paroi abdominale en deux étages. Catgut et crin de Florence. Drain à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Avant et pendant l'opération, injection sous-cutanée de sérum : 1.500 grammes.

Durée de l'opération : une heure dix. Chloroforme, 5 gr. ; éther, 300 grammes.

Pansement : position horizontale dans les premières heures, puis inclinée trois heures après. Tête haute.

Après l'opération : T. 37° 3. P. 130, plus fort. Les vomissements continuent pendant la journée ; le soir, lavage de l'estomac. On extrait 1.600 grammes d'un liquide noir, non hématique.

La nuit, les vomissements cessent ; deux vessies de glace sur le ventre.

22 octobre. — Congestion pulmonaire. Ventouses. Potion de Rivière. Le ventre, ballonné, n'est plus douloureux. T. 37°. P. 120.

23 octobre. — Le drain vaginal est retiré, complètement imbibé. On retire le drain abdominal également imbibé du même liquide qui avait imprégné tout le pansement. La suture superficielle est en bon état. Réintroduction d'un drain vaginal. Sérum : 1.500 grammes ; T. 36° 5 ; 37° 5 ; le poulx descend à 70 pendant les quatorze jours suivants ; à ce moment, la température remonte à 37° 8. P. 80.

La fosse iliaque droite est douloureuse, et par le toucher bimanuel, je trouve une tumeur oblongue à côté du moignon et au niveau d'une des déchirures du péritoine, probablement un hématome sous-péritonéal. Très petite ulcération du moignon vaginal. Les cultures donnent du staphylococcus aureus. Traitement local : injection chaude antiseptique ; l'ulcération est touchée avec une solution phéniquée à 10 p. 100 ; tampon gaze iodoformée, imbibé avec solution phéniquée à 5 p. 100 et bien exprimé. Régime lacté et toniques.

Injection de sérum chaque jour 1.000 grammes ; vessie de glace sur la fosse iliaque droite.

La tuméfaction disparaît. La température et le pouls reviennent à la normale. Guérie. Demande son exeat trente jours après.

OBSERVATION II

CRISTEANU. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1902.

IX pare. — Enfant mort. — Rupture utérine ; laparotomie quelques heures après. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Le 30 décembre 1900, entre à la Maternité de Bukarest la femme L. A., 38 ans, enceinte à terme. Enfant mort.

Antécédents personnels. — Huit grossesses à terme. Accouchements très difficiles, dont une application de forceps à la Maternité. Une fausse couche au troisième mois. Date de la dernière apparition des règles inconnue.

Le matin du même jour, à 4 heures, apparition des premières douleurs qui deviennent fortes et fréquentes et continuent jusqu'à 3 heures après-midi. A ce moment, la malade aurait ressenti une douleur très forte dans le ventre. Sensation de brûlure dans tout l'abdomen, puis douleurs généralisées. Dyspnée, vomissements, tendances aux syn-

copies; perte de sang par la vulve. A l'arrivée à l'hôpital, on constate ce qui suit.

Ventre mou; perception sous les téguments de petites parties fœtales. Facies grippé, péritonéal; ventre douloureux, hoquet, vomissements bilieux. La tête fœtale est fixée au détroit supérieur en OIGT. Diamètre utile 9,7.

Enfant mort. L'urine contient beaucoup d'albumine. T. 36°. P. 90. Injection de sérum 1.000 grammes.

Intervention par laparotomie. Anesthésie au chloroforme après la toilette d'usage.

Au moment de l'incision du péritoine, un flot de liquide rouge sale s'échappe, contenant du méconium et des caillots. On enlève une grande quantité de caillots et on voit les intestins injectés fortement.

Il y a quelques fausses membranes sur les intestins, la rate et le péritoine pariétal. J'extrais le fœtus mort (3.750 grammes) et le placenta (600 grammes).

Rupture pénétrante du cul-de-sac gauche et de la partie inférieure du col. Eclatement du péritoine dans les deux fosses iliaques. Hémorragie abondante au niveau de la déchirure et de ses lèvres.

A droite, un petit vaisseau sous-péritonéal qui donne au niveau d'une déchirure péritonéale.

Emploi du même procédé que dans l'observation précédente pour pratiquer l'hystérectomie totale.

Les lèvres de la déchirure sont très mortifiées, déchiquetées, saignantes. On répare le péritoine, ce qui demande très longtemps. On lave minutieusement la cavité avec 20 litres de sérum. On essuie avec des compresses. Drain vaginal. Fermeture complète de la paroi abdominale. Pendant, avant et après l'opération, 3.000 grammes de sérum (en trois fois).

Durée de l'opération : une heure. Pansement. Cathétérisme chaque cinq heures. Pansement vulvaire. Décubitus horizontal les trois premières heures; après, position incli-

née tête haute. Deux vessies de glace sur le ventre. Après l'opération, T. 36° 8. P. 84.

Vomissements. Etat général meilleur. Pâleur extrême.

31 décembre. — Etat général meilleur, glace en permanence sur le ventre ballonné. Drain fortement imbibé. On change le pansement vulvaire. T., matin, 37°. P. 92. T., soir, 36° 6. P. 72. Injection de 2.000 grammes de sérum.

1^{er} janvier 1901. — Température, matin, 36° 6. P. 72. T., soir, 36° 5, 37° 2. P. 80. Les vomissements se sont espacés. Ventre indolore ballonné.

Lavement boriqué sans résultat. Lavement purgatif. Quatre selles. Sérum 650 grammes. Urines 400 grammes. Albumine diminuée. Drain enlevé et réintroduit.

2 janvier. — Pas de température. Sérum 1.000 grammes. Urine 1.000 grammes. Etat général meilleur. Vomissements disparus. Nuage d'albumine.

3 janvier. — Calomel, 1 gramme en deux cachets. T. 36° 6, 36° 8. La nuit, diarrhée; urine 800 grammes (albumine). Sérum, 1.000 grammes. On retire définitivement le drain. Gaze iodoformée dans le vagin. Salicylate de bismuth, 6 grammes.

4 janvier. — Urine, 800 grammes. Température et pouls normaux. Bismuth. Sérum, 1.000 grammes.

5 janvier. — Etat général meilleur. Diarrhée. Bismuth. Sérum, 2.000 grammes.

6, 7, 8 et 9 janvier. — Température normale. Stomatite mercurielle. Traitement local.

10 janvier. — On enlève les sutures. Réunion par première intention. Rétention d'urine, puis miction spontanée. Sortie guérie trente jours après.

OBSERVATION III

CRISTEANU. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1902.

III pare. — Rupture utérine suite de manœuvres de version. — Laparotomie sept heures après. — Hystérectomie abdominale totale.

Dans la nuit du 24 janvier 1901, est reçue à la Maternité la femme M. F..., âgée de 27 ans. III pare à terme. Enfant mort en OIGT; procidence du cordon.

Antécédents personnels. — Deux accouchements à terme très laborieux. Deux applications de forceps. Le premier enfant a été extrait mort, le second vivant, il est bien portant.

Date de la première apparition des règles inconnue.

Premières douleurs le 23 janvier dans la journée. A 10 heures du soir, la parturiente fait venir une sage-femme qui perfore les membranes et une demi-heure après appelle un médecin qui tente une application de forceps sans résultats.

On l'envoie à l'hôpital.

A 4 heures du matin elle est reçue à la Maternité, très pâle, exsangue, couverte de sueurs froides; pouls imperceptible.

Utérus dévié dans la fosse iliaque droite, contracté. Du côté gauche et sous les téguments, le tronc de l'enfant et les petits membres.

Par la vulve une anse du cordon de 25 centimètres fait procidence. Col complètement dilaté. Tête fixée au détroit supérieur. Les os chevauchent énormément; bosse séro-sanguine. OIGT. Diamètre utile, 8,5. Je pratique la version: A l'extraction de la tête les manœuvres de Mauriceau et de Prague échouent.

Tête défléchie. J'applique le forceps et elle passe difficilement. Enfant mort de 3.500 grammes.

Diamètre bipariétal : 10 centim. Extraction du placenta de la cavité abdominale. Rupture pénétrante du col et du cul-de-sac gauche.

Avant et pendant la version, pas une goutte de sang ne coule à l'extérieur. Sérum injecté, 1.000 grammes. Ether, caféine et potion tonique.

A 11 heures du matin je pratique la laparotomie, la femme étant en résolution complète.

A l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule une grande quantité de sang liquide, sale, mêlé de méconium et de caillots. On constate la déchirure de l'utérus au niveau du col et du cul-de-sac gauche et antérieur. Le ligament rond est arraché; le péritoine pelvien est déchiré dans les deux fosses iliaques. Dans les lambeaux flottant à la droite, un petit vaisseau qui laisse couler un mince jet de sang.

Les tissus infiltrés de sang, le péritoine du côlon déchiré, les lambeaux pendants sont remis en place et on les suture au catgut. Suture très difficile. On applique une ligature sur l'artère et, après toilette sommaire de la cavité, on place la femme dans la position de Trendelenburg.

On fait l'hystérectomie totale par le procédé sus-décrit. Reconstitution du péritoine au catgut. Suture à la Lembert. Orifice du vagin rétréci par des sutures. On laisse par où passer le drain. Toilette soignée de la cavité. Lavage au sérum. Drain vaginal. Suture complète de l'abdomen à deux étages (catgut, crin). Durée de l'opération : une heure quinze minutes. Injection de sérum de 2.200 grammes. Position élevée du tronc. Vessies à glace sur le ventre. Toniques. Pouls perceptible. T., matin, 37° 2; soir, 37° 2. P. 130. Injection de sérum de 1.000 grammes.

(En tout 4.300 grammes en vingt-quatre heures.)

25 janvier. — Pas de symptôme de péritonite. Par le drain sort du liquide rosé en grande quantité. Lavement le soir. Sérum 1.200 grammes.

26 janvier. — On remplace le drain. Sérum 1.000 grammes. Chlorhydrate de quinine 1 gramme. Vomissements

sans hoquet. Ventre souple, indolore. Potion de Rivière à la cocaïne; les vomissements cessent le soir.

27 janvier, matin, T. 38°. P. 120; le soir, 39°. P. 120. Etat général bon. Aucune réaction péritonéale. Selles abondantes et nombreuses. Stomatite mercurielle, par suite de l'emploi d'une solution de sublimé à 1 p. 4000 le premier jour avant l'opération.

28 janvier. — Température et pouls bons. Sérum 1.000 grammes. Les selles diminuent. Etat général bon.

29 janvier. — La plaie abdominale est réunie par première intention. Sérum 1.000 grammes.

30, 31, etc. — Suites normales, sans élévation de température.

4 février. — On enlève les points de suture abdominaux.

5 et 6 février. — Légère élévation de la température le soir. Ecoulement vaginal fétide : streptocoques. Injection vaginale deux fois par jour.

20 février. — Suppuration et fétidité ont disparu. L'écoulement vaginal est tari. Les forces reviennent. L'état général est bon.

OBSERVATION IV

KOLOMENKINE. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1903.

Rupture utérine avec volumineux hématome dans le ligament large droit. — Laparotomie. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage vaginal. — Guérison.

27 ans, entre à l'hôpital le 8 octobre 1899. Rupture utérine sub partu après extraction d'un fœtus tête dernière, par céphalotomie. Femme apportée à la Maternité la plus voisine; état à l'entrée : grande faiblesse, anémie accusée, pouls fréquent. Examen externe : utérus contracté et situé dans le côté gauche de l'abdomen, le fond à 4 centi-

mètres environ de la ligne médiane. A droite de l'utérus, on constatait la présence d'une tumeur molle, élastique, presque fluctuante, qui remplissait la fosse iliaque droite, dont la limite supérieure remontait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Diagnostic : rupture utérine prolongée au ligament large droit. Le poulx devenant plus faible, bien qu'il ne se fit par le vagin solidement tamponné aucun écoulement sanguin, on admit une hémorragie interne dans le tissu sous-péritonéal. Et comme d'instant en instant le danger augmentait, on se résolut à pratiquer la laparotomie en semi-narcose. L'examen au cours de l'opération confirme les constatations antérieures : à gauche et en haut, l'utérus ; à droite, dans le ligament large, un volumineux hématome ; pas d'hémorragie dans la cavité abdominale. Cet hématome partait de la corne utérine droite, au-dessous de la trompe. Le sang extravasé avait largement écarté les feuillets du ligament large, et remplissait en arrière la plus grande partie du petit bassin ; il s'élevait haut au-dessous du Douglas et de là occupait en partie le ligament large gauche. De ses mains, l'aide comprima le ligament large droit ; on lia le ligament infundibulo-pelvien. Le ligament large droit fut ouvert et le tampon retiré. Il s'ensuivit une très forte hémorragie dans le vagin. Immédiatement, ligature des artères et veines utérines. L'hémorragie au niveau du ligament large droit devient tout de suite plus faible mais le sang continue de couler encore assez abondamment par le vagin. Le péritoine incisé sur l'hématome et le sang enlevé, on constate une déchirure transversale de la paroi utérine antérieure.

Pendant l'opération, à plusieurs reprises le poulx devient imperceptible ; il se relève sous l'influence d'une injection de sérum faite après la ligature des vaisseaux. Ouverture du cul-de-sac postérieur, saisie et élévation du col avec une pince de Museux, son décollement de la vessie et des parties inférieures du paramétrium, isolement, enlèvement de l'utérus. Bande de gaze iodoformée allant du petit bassin

dans le vagin. Fermeture du ventre par un double étage de sutures au crin de Florence.

Durée totale de l'opération : une demi-heure.

Sur l'utérus enlevé, on voit que la déchirure occupait plus de la moitié du côté droit de l'utérus et au niveau de l'orifice interne, se prolongeait sur la paroi antérieure de l'organe. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION V

KOLOMENKINE. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1903.

Rupture utérine constatée au cours d'une délivrance artificielle. — Laparotomie immédiate; hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

40 ans. Entre le 14 décembre 1899. Rupture de l'utérus sub partu. Hystérectomie abdominale totale.

Etat actuel : aspect physique bon, mais anémie accusée. Yeux un peu excavés, traits de la face pincés. Décubitus horizontal impossible. Cœur et poumons normaux. Dans l'urine, un peu d'albumine. Ventre très douloureux, particulièrement au niveau du fond utérin. Même sensibilité à gauche et en bas. Tout le ventre est dur, particulièrement à gauche; sa sensibilité ne permet de percevoir aucune partie fœtale. Bruits du cœur imperceptibles. Anasarque.

Eramen interne : col très élevé; pas de partie fœtale engagée. Trois quarts d'heure après, anesthésie : version podalique, extraction de l'enfant à travers un col dilaté, perforation de la tête dernière. Délivrance artificielle au cours de laquelle on constate à gauche la présence d'anses intestinales qui prolagent dans le vagin. Il est évident qu'il y avait rupture complète de l'utérus. Hémorragie sérieuse. Reposition des anses intestinales à travers le Douglas déchiré. Tamponnement utéro-vaginal et intervention.

Laparotomie immédiate. Dans le ventre, il y avait beau-

coup de sang coagulé et liquide. Utérus bien contracté; cul-de-sac antérieur déchiré complètement.

La déchirure se prolongeait dans le segment inférieur, en sorte que tout le col et la vessie prolabaient dans le vagin. De tous les points déchirés et surtout à gauche du sang s'écoulait. Hystérectomie abdominale totale qui comprit même cette partie du col prolabée dans le vagin; cavité abdominale débarrassée du sang. Drainage vaginal avec de la gaze. Fermeture *complète*, à trois étages, du ventre. Pas d'altérations visibles de la paroi utérine à l'examen microscopique.

Il faut peut-être rapporter à une contamination des anses intestinales prolabées dans le vagin les accidents fébriles (jusqu'à 39° le soir) que présenta la malade. Guérison.

OBSERVATION VI

KOLOMENKINE. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1903.

Rupture utérine intéressant aussi le ligament large gauche. — Laparotomie quinze heures après l'accident. — Hystérectomie totale. — Guérison.

37 ans. Venue à l'hôpital le 19 août 1901. Après des douleurs très violentes conquassantes durant plusieurs heures, et au cours desquelles la parturiente perd connaissance plusieurs fois, le travail s'arrête brusquement. Affaiblissement progressif de la malade, hémorragie qui nécessite l'entrée de la femme à l'hôpital quinze heures environ après cet arrêt brusque du travail mentionné plus haut.

Etat actuel : malade très anémiée; pouls irrégulier, faible, 100 à la minute. Ventre très météorisé, sensible à la pression. On diagnostique une rupture utérine complète avec passage presque entier du fœtus dans la cavité abdominale et complication d'hémorragie interne.

Laparotomie immédiate. Le ventre ouvert, on trouve aussitôt, sur la ligne médiane, le placenta complètement

décollé que recouvraient des anses intestinales; on l'enlève de suite. Dans la cavité abdominale, il y avait beaucoup de sang liquide mélangé de méconium. L'enfant mort fut extrait immédiatement : son épaule enclavée dans le petit bassin emplissait le ligament large gauche, ce qui contribuait à tamponner partiellement la déchirure.

L'utérus saisi avec une pince de Museux et attiré au niveau de l'ouverture abdominale, on constate que les délabrements étaient tels qu'il était indiqué d'enlever en totalité l'organe lésé. De fait la vessie et le cul-de-sac vaginal antérieur étaient complètement séparés de l'utérus, le tissu conjonctif paravésical était très dilacéré et infiltré de sang. En outre, il y avait à gauche une déchirure du col qui remontait à 5 centimètres au-dessous du point d'entrée de l'artère utérine. Bords de la déchirure très irréguliers : il y avait aussi rupture du ligament large dans toute son étendue, de l'utérus au point où l'artère spermatique interne croise la ligne innominée. Dans le tissu connectif dilaté du ligament large, des vaisseaux saignaient qui furent immédiatement pincés. Alors, ligature des parties supérieures du ligament large. Puis, par le cul-de-sac utéro-vésical déchiré, introduction dans le vagin d'une pince, sous le contrôle de laquelle le cul-de-sac postérieur est ouvert. Cela fait, saisie facile des ligaments larges, application de chaque côté d'une pince Doyen, ablation rapide de l'utérus et alors seulement pincement successif des vaisseaux. Pas d'hémorragie. L'hémostase assurée, injection sous-cutanée. Drainage au moyen d'une bande de gaze allant du bassin dans le vagin.

Guérison régulière.

OBSERVATION VII (résumée).

Dr Pr A. MARS, de Cracovie. In *Przegląd lekarski*, trad. PETERSCIM, 1907, t. XXXVI.

Rupture utérine. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison.

M. M..., 40 ans, multipare. Le travail commence, à terme, le 27 décembre 1896; les douleurs augmentent, pendant quatre jours jusqu'au 2 janvier où, à 6 heures du matin, sans cause apparente, un flot de sang jaillit de la vulve et inonde le lit. Depuis, rétrocession du travail : les douleurs cessent complètement à 11 heures du matin. L'état devient inquiétant : T. 35° 5. P. 120. Transportée à l'hôpital à 8 heures du soir; l'hémorragie est abondante pendant le trajet (un litre?).

À l'arrivée, état d'épuisement très grave. Le ventre est uniformément ballonné et fluctuant. Par le palper on ne trouve pas l'utérus; mais on sent la tête fœtale, superficielle, mobile, au-dessus du détroit supérieur. Le toucher permet d'apprécier sur les parois postérieures du vagin une tumeur du volume du poing. Par le palper surtout le diagnostic de rupture utérine s'impose, avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale; on décide de pratiquer la laparotomie à 10 heures du soir.

Intervention. — À l'ouverture de la cavité abdominale, on y trouve un litre environ de sang liquide qu'on retire. On extrait facilement le fœtus et le placenta. L'utérus est appliqué, en arrière, contre la colonne vertébrale et à demi-caché sous des anses intestinales agglomérées. Le col est fendu en avant dans toute sa largeur; en arrière, il existe aussi une seconde rupture, mais incomplète.

L'opérateur pince, sectionne et lie les ligaments larges à droite et à gauche; il décolle l'utérus : en avant de la vessie; en arrière du rectum et le libère sur les côtés; extirpation

totale de l'organe. Le bord postérieur du vagin est réuni au bord postérieur du péritoine par quatre points de suture; quatre autres points unissent la tranche vaginale antérieure à l'incision antérieure du péritoine. Tous ces fils réunis en faisceau sont passés de la cavité abdominale dans le vagin et tirés à la vulve à l'aide d'une pince.

Lavage au sérum de la cavité abdominale. On bourre le vagin et le bas de la cavité péritonéale avec une longue mèche de gaze iodoformée dont le chef supérieur émerge par la plaie abdominale, à sa partie inférieure.

L'opération a duré en tout quarante minutes.

Suites opératoires très simples. Jamais de vomissements. Température toujours inférieure à 38°. Pouls ralenti en peu de jours de 120 à 70. Urines abondantes, claires, sans albumine.

Guérison.

OBSERVATION VIII (résumée).

Par le P^r BRANHAM, de Baltimore. In *Maryland Medical Journal*, 1897, t. XXXVII, trad. FORNÉ.

Rupture utérine double. — Laparotomie neuf heures après l'accident. — Hystérectomie totale. — Suture du péritoine. — Tamponnement du vagin. — Guérison.

Mary S..., 26 ans. Multipare. Accouchements antérieurs laborieux.

Grossesse actuelle : premières douleurs le 3 octobre 1896. Le 4, à 7 heures et demie du matin, accouchement au forceps, délivrance vingt minutes après.

Le 4, à 10 heures du matin, la malade est pâle et sans forces; pouls petit à 120. Ventre distendu et fluctuant. Au toucher, on fait le diagnostic de rupture utérine double, avec grande hémorragie intra-péritonéale. La laparotomie est aussitôt décidée et pratiquée par le professeur Branham.

Intervention. — Dès que la paroi abdominale est ouverte,

une énorme quantité de sang en jaillit : les culs-de-sac péritonéaux inférieurs sont comblés de caillots qui, une fois retirés, laissent voir l'utérus. Ce dernier porte sur la partie postéro-latérale gauche du segment inférieur une déchirure qui se dirige en avant sur la ligne d'insertion utéro-vaginale en intéressant la paroi antérieure du rectum, et vient prendre fin dans le ligament large gauche. A droite une petite rupture sur la voûte vaginale.

Hystérectomie totale : les deux ligaments larges, une fois l'utérus attiré hors du ventre, sont liés en chaîne à une courte distance des bords de l'utérus, puis sectionnés du haut en bas au ras de l'organe. Un trait transversal antérieur rejoint les deux incisions péritonéales latérales et permet de décoller en bas le péritoine en refoulant la vessie vers le pubis.

On sépare alors l'utérus du vagin en le désinsérant aux ciseaux. Le péritoine est clos par une suture circulaire en surjet; les plaies vaginales droite et gauche sont suturées, le ventre refermé. Le vagin est bourré avec une longue mèche de gaze iodoformée.

L'opération a été bien supportée. Quelques nausées au réveil, sans vomissements. Dans les cinq jours qui ont suivi l'opération légère élévation de la température : 38° 3. Une minime quantité de pus s'est écoulée du vagin, mais l'état général est toujours resté excellent.

Guérison.

OBSERVATION IX (résumée).

Par le Dr LOUSSOT. In *Gazette des Hôpitaux*, 1898.

Rupture utérine. — Laparotomie vingt heures après. — Hystérectomie totale, ayant laissé en place, cependant, une minime partie du col; drainage vaginal. — Guérison.

Marguerite R..., 36 ans. Multipare. Accouche le 27 août 1898, après version pour prolongation dans le travail,

pratiquée par un sage-femme. Délivrance facile, par traction sur le cordon, à 6 heures du soir.

A minuit, presque brusquement, le ventre se ballonne, des douleurs de plus en plus violentes apparaissent.

Le docteur Loussot, appelé chez la malade, à la campagne, y arrive à 6 heures du matin : à ce moment, ventre très ballonné, un peu sensible. Pas de vomissements. Hoquet. Pouls bon. T. 38° 2. Utérus rétracté qu'on sent à gauche. Pas d'écoulement par le vagin. Le diagnostic de rupture utérine s'impose de ce fait qu'une injection intra-utérine reste tout entière dans les organes génitaux, sans qu'il s'en écoule la moindre goutte par le vagin. La laparotomie est décidée.

Intervention. — Pratiquée à 4 heures du soir par MM. Prouff et Loussot. Chloroformisation, le ventre étant toujours très ballonné et très sensible. La main introduite dans l'utérus y constate la présence d'anses intestinales et de franges épiploïques prolabées. Le ventre ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de sang et de caillots. Les intestins sont refoulés et isolés avec une serviette aseptique. Pas de Trendelenburg. L'utérus est rabattu sur le pubis, attiré au dehors : on y constate une déchirure de 12 centimètres de long qui s'étend parallèlement au ligament large droit, à 3 centimètres en avant de celui-ci, depuis le cul-de-sac latéral droit où elle empiète un peu sur le vagin jusqu'au bord supérieur des annexes. Les bords en sont contus.

Hystérectomie totale : ligature en chaîne des deux ligaments larges jusqu'à la région de l'utérine. Dissection facile d'une collerette péritonéale sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Partant de l'extrémité inférieure de la déchirure, on place sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures en anse, on détache au fur et à mesure l'utérus, et au niveau des utérines, on coupe dans le tissu utérin lui-même, laissant en place une minime partie du col. Extirpation de l'utérus. On suture ce qui reste de la portion

vaginale de la déchirure. Lavage du péritoine au sérum. Drainage au moyen d'un tampon de gaze stérilisée qui ressort par le vagin. On referme le ventre. Durée de l'opération : une heure et quart.

Suites opératoires très simples. Pas de température. Le deuxième jour, le tampon pelvi-vaginal est remplacé par un tampon simplement vaginal. Injections vaginales d'eau bouillie.

Guérison.

OBSERVATION X (résumée).

LEPAGE. In Thèse FORNÉ, Paris 1900.

Bassin vicié par cyphose de la région lombo-sacrée. — Antéversion utérine très accentuée. — Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail constatée pendant une version. — Laparotomie. — Hystérectomie totale. — Mort à la fin de l'opération.

Etat de la malade au moment de l'examen : très mauvais état général. Dyspnée assez accusée, pouls petit à 154. Exploration de l'abdomen très douloureuse. L'auscultation des bruits du cœur fœtal ne donne pas de renseignements nets en raison de la tachycardie maternelle.

Utérus en antéversion très marquée. Il s'écoule des organes génitaux un sang noirâtre, épais, qui fait immédiatement penser à une rupture utérine.

Au toucher : orifice interne dilaté. Tête élevée. *L'état de la femme est très mauvais.*

Version par manœuvres internes. On s'aperçoit de la présence en avant du corps du fœtus, d'une masse arrondie, qu'on prend pour un fibrome de la paroi antérieure ; extraction d'un enfant mort-né pesant 2.620 grammes. Liquide amniotique verdâtre, fétide. Pendant l'opération, il s'est écoulé du sang noirâtre. En voulant faire la délivrance et laver l'utérus on se rend compte que le prétendu fibrome

n'est autre que le corps même de l'utérus et que le fœtus avait passé dans la cavité abdominale au travers d'une brèche ouverte sur la paroi postérieure de l'organe. On décide de pratiquer la laparotomie.

Hystérectomie. Anesthésie. Incision de la paroi abdominale. Dans la cavité abdominale on trouve le placenta décollé qu'on extrait. En avant de l'utérus on trouve un épanchement sanguin d'un litre et demi environ. On pratique l'hystérectomie en incisant le péritoine transversalement, en avant de l'utérus et en décollant la paroi vaginale. Des pinces sont mises sur les ligaments larges qui sont décollés, l'un après l'autre.

L'utérus est enlevé complètement et la ligature isolée des vaisseaux des ligaments larges est pratiquée.

Toilette du péritoine : lavage à l'eau bouillie à 48°. Sang en abondance sous les anses intestinales, jusqu'à la face inférieure du foie.

L'état général de la femme déjà très mauvais a empiré pendant l'opération. Malgré suspension de l'anesthésie, sérum, caféine, elle meurt un peu avant la fin de l'opération.

OBSERVATION XI

Par les D^{rs} RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. In Thèse FORNÉ.

Présentation de l'épaule. — Embryotomie cervicale. — Rupture utérine. — Intervention cinq heures après par hystérectomie abdominale totale. — Mort à la fin de l'opération.

Femme chez qui une présentation de l'épaule négligée par une sage-femme avait amené la nécessité d'une embryotomie cervicale pratiquée par M. Lepage. Après l'extraction du fœtus, on constate la présence d'une déchirure étendue du segment inférieur gauche. Tamponnement, puis transport à Beaujon, à 10 heures du soir.

Intervention à 3 heures du matin par M. Ribemont-Des-saignes. L'état de la malade est tellement grave qu'on la remonte, avant de tenter une opération (boules chaudes, grogs, injection intraveineuse de sérum artificiel). Sur les instances de la famille, on pratique la laparotomie sans chloroformisation.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate une déchirure étendue, sous-séreuse, de la paroi latérale gauche. Un épanchement sanguin a décollé le péritoine sur une large étendue.

Hystérectomie abdominale totale. Mort de la femme pendant qu'on suture la paroi abdominale.

OBSERVATION XII (résumée).

Par le P^r PINARD. In *Fonctionnement de la Maison d'accouchement*
Budelocque, 1898.

Bassin vicié. — Rupture utérine. — Hystérectomie abdominale totale huit heures après. — Drainage vaginal. — Mort trente-huit heures après.

A. C. Multipare. 40 ans. Rupture utérine spontanée se traduisant par un arrêt brusque des douleurs, dix-huit heures après le début du travail.

Le palper et le toucher permettent de se rendre compte du passage du fœtus dans la cavité abdominale et de la présence dans l'utérus d'anses intestinales prolabées. Laparotomie décidée.

Intervention huit heures après la rupture. Extraction d'un fœtus de 3.000 grammes. Hystérectomie totale. Déchirure siégeant sur le segment inférieur en avant et à gauche, empiétant sur le ligament large gauche. Pansement compressif vaginal à la gaze iodoformée. Sérum, 1.500 gr. Injection d'éther. La malade reprend connaissance. Dans les vingt-quatre heures suivantes, T. 37° 7. Sérum, 2.000 grammes. Délire; injection de morphine. Mort trente-huit heures après l'intervention.

OBSERVATION XIII (résumée).

Par MM. H. BARNSBY et R. MERCIER, de TOURS. In *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1899.

Tentatives de version suivies de rupture inférieure de l'utérus avec éclatement de la paroi latérale gauche du vagin et du ligament large correspondant. — Embryotomie. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage abdomino-vaginal. — Mort au neuvième jour.

D., 31 ans, entre à la Maternité de Tours le 21 août 1899 pour une présentation de l'épaule après avoir subi en ville des tentatives infructueuses de version.

Grossesse actuelle interrompue la veille, 20 août, à sept mois, par une hémorragie abondante, et sans cause apparente, qui marque le début du travail.

Après deux tentatives infructueuses de version, la malade est examinée le 21 août, à 9 heures du matin. Etat général grave. Le palper permet de sentir deux tumeurs dures, côte à côte, dont l'une est la tête fœtale, l'autre l'utérus rétracté. Le toucher permet de confirmer le diagnostic de rupture complète avec passage du fœtus mort dans la cavité abdominale.

Intervention. — Anesthésie. Embryotomie rachidienne, extraction du fœtus, délivrance artificielle. L'état de la malade est grave; malgré 1.000 grammes de sérum, T. 36° 6 et P. 100. On décide l'hystérectomie abdominale totale.

Anesthésie au chloroforme reprise. Incision du péritoine donnant issue à des caillots abondants, du méconium et de la matière sébacée.

On constate une rupture inférieure de l'utérus avec éclatement de la partie postéro-latérale gauche du vagin et du ligament large correspondant. Les vaisseaux béants sont le siège d'une abondante hémorragie.

Hémostase latérale préventive de l'étage supérieur des

deux ligaments larges ; taille préventive d'un lambeau péritonéal antérieur, afin de décoller et de repousser la vessie. Section du ligament large droit sur des clamps, et dégagement du pôle inférieur de l'utérus. Désinsertion des culs-de-sac antérieur et postérieur, section du ligament large gauche sur des pinces, extirpation de l'organe.

Suture rapide des tissus pris dans les clamps ; les ligaments larges ne sont pas suturés. Le vagin n'est pas fermé et une grosse mèche de gaze iodoformée forme un drainage abdomino-vaginal tandis qu'un autre drain abdominal est laissé à la partie moyenne de la plaie ventrale.

Pendant toute la durée de l'opération : sérum, 1.000 grammes en injection sous-cutanée.

Le soir, légère hémorragie qui cède à un tamponnement vaginal avec des mèches imbibées de sérum gélatiné.

Pendant cinq jours, l'état semble satisfaisant. Le sixième jour, le pouls s'accélère (120), la température qui oscillait depuis l'opération un peu au-dessus de 38°, monte à 39°, le ventre est légèrement ballonné, mais pas de vomissements.

Les accidents s'accroissent dans les jours qui suivent et la malade meurt au neuvième jour.

OBSERVATION XIV

Par le Dr Coë. *American Journal of Obst.*, 1891, trad. FORNÉ.

Rupture de l'utérus avec hernie de l'intestin qui se montre au cours de la laparotomie tentée le lendemain, gangrené et noirâtre, mais est cependant laissé en place. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage vaginal. — Mort neuf heures après.

Multipare. Un seul accouchement antérieur terminé à l'aide du forceps.

Grossesse actuelle. — La femme est à terme et en plein travail ; la dilatation du col est complète, la tête ne progresse pas. Le docteur Tynberg veut faire une application

de forceps, mais avant de s'y résoudre, il fait appeler en consultation le docteur Grandin.

La parturiente est chloroformisée; on la touche et on trouve une tête en occipito-sacrée complètement défléchie. Après avoir essayé, sans succès, de fléchir la tête fœtale, les docteurs Tynberg et Grandin tentent successivement d'extraire l'enfant à l'aide du forceps; chaque fois l'instrument dérape et les voilà obligés d'avoir recours à un autre mode d'extraction.

D'un commun accord, ils écartent l'embryotomie, l'enfant vivant encore. La version semble contre-indiquée en présence d'un utérus fortement contracté et d'une tête fœtale engagée, de sorte que c'est presque sans espoir de succès que le docteur Tynberg la tente: contre toute prévision elle réussit; le corps de l'enfant se laisse facilement dégager, mais la sortie de la tête, impossible à obtenir par les manœuvres de Moriceau, nécessite l'emploi du forceps. On amène un enfant mort-né de 3 kilogs 500. L'état de la mère reste satisfaisant. Le poulx est bon : légèrement précité, mais bien frappé, 100. Température, 37° 2.

Vingt minutes après la sortie de l'enfant, le placenta refuse de venir. Le docteur Tynberg introduit la main dans l'utérus pour aller le décoller: peine perdue, il n'y parvient pas et il constate l'existence d'une rupture utérine avec hernie de l'intestin. Plus heureux que son confrère, le docteur Grandin délivre la femme et réduit les anses prolabées. Il tamponne la cavité utérine et discute avec le docteur Tynberg l'idée d'une laparotomie immédiate.

L'état de la malade a considérablement empiré; il est grave : oppression; poulx petit, irrégulier, très faible, presque incomptable; pâleur extrême des téguments, mais pas d'hémorragie. Dans ces conditions toute intervention chirurgicale semble devoir être funeste à l'accouchée. On attend. Le lendemain la malade se trouve mieux et le docteur Grandin prie son ami, le docteur Col, de faire la laparotomie.

Le docteur Col, mis au courant des manœuvres précédentes par le docteur Grandin, espère avant tout examen pouvoir guérir la malade par simple drainage de la cavité péritonéale. Il manifeste d'abord l'intention d'introduire un drain dans l'abdomen à travers la déchirure et de l'y maintenir à l'aide de tampons de gaze iodoformée. Or, il trouve, en glissant la main dans le vagin, ce dernier rempli d'anses intestinales venues de la cavité abdominale par une large déchirure siégeant sur la limite utéro-vaginale. L'intestin prolabé ne peut être réduit; à plus forte raison ne pourrait-il pas être maintenu réduit. De plus, la malade est déjà infectée ainsi que le prouve l'écoulement d'un flot de pus qui se produit après l'ablation du tampon précédemment introduit par le docteur Grandin. On décide la laparotomie qu'on pratique sur le lit même de la malade.

L'abdomen est ouvert par une incision médiane sous-ombilicale; l'utérus est soulevé et on voit une large déchirure transversale intéressant les deux ligaments larges et siégeant en avant, à l'union du vagin et de l'utérus. Le corps de la matrice est lui-même fortement endommagé: il porte plusieurs déchirures, il est comme déchiqueté. Point de sang et point de pus dans la cavité péritonéale; nul signe de péritonite.

Vu le siège de la rupture, son étendue et le mauvais état de ses bords, le docteur Col renonce à suturer les lèvres de la plaie et à n'extirper qu'une partie de la matrice. Il décide de faire l'ablation totale de l'organe: il décolle la vessie et la refoule en avant; il pince latéralement les deux ligaments larges, les sectionne au ras de l'utérus et les lie avec plusieurs catguts. Enfin, l'utérus est libéré de ses insertions vaginales et enlevé.

Aucune hémorragie ne se produit. Irrigation de la cavité péritonéale. Examen minutieux de l'intestin: les anses antérieurement herniées sont noires et gangrenées; leur résection serait dangereuse à cause de l'étendue de l'intestin malade, qu'il faudrait supprimer, et aussi à cause de l'état

grave de l'opérée; elles sont nettoyées et laissées en place.

La cavité abdominale et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée, puis le ventre refermé. Durée totale de l'opération : une demi-heure.

Mort neuf heures après.

OBSERVATION XV

Par le D^r FOURNIER, d'Amiens. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1899.

Présentation de l'épaule. — Déchirures utérine et vésicale. — Version. — Laparotomie. — Hystérectomie abdominale totale. — Sutures et drainage de la vessie. — Mort le vingt-cinquième jour à la suite d'une fistule stercorale.

23 ans. Primipare, à terme, en travail depuis trois jours, arrive dans le service du D^r Fournier le 21 juillet 1899. Organes génitaux en état de malpropreté manifeste. Procidence d'un bras en voie de putréfaction ainsi qu'une anse de cordon pendant au-dessous de lui. Etat général très mauvais. T. 38°. P. 160. Collapsus. Désinfection soignée. La main introduite le long du corps du fœtus perçoit une déchirure de la commissure gauche du col, qui n'intéresse pas le péritoine.

Extraction facile de l'enfant par version podalique. Après délivrance artificielle, et malgré la contraction de l'utérus, l'hémorragie continue. Pouls défaillant. Laparotomie.

On constate la présence d'urine dans la cavité pelvienne, et on découvre une solution de continuité siégeant au niveau de la face postérieure de la vessie, par où cette dernière communique largement avec l'utérus déchiré lui-même suivant son bord gauche : la rupture part de la commissure gauche, remonte sur le bord gauche jusqu'à son milieu, puis va se perdre sur la face antérieure de l'organe. La paroi vésicale postérieure est très déchiquetée sous forme d'eschares, dues à la compression prolongée du fœtus.

Trendelenburg. Hystérectomie abdominale totale. Ligature des vaisseaux au catgut. Suture de la vessie qu'on draine par une sonde en caoutchouc, fenêtrée, qui passe par l'urèthre et ressort à la partie inférieure de l'incision abdominale, refermée par ailleurs.

Sérum, 500 grammes. Drainage vaginal.

Pendant quinze jours, malgré une température de 38° à 39°, malgré un peu de congestion pulmonaire, malgré l'élimination d'eschares par le vagin, la malade s'est maintenue.

Le seizième jour, apparition d'une fistule stercorale par adhérence à la vessie et infection d'une anse intestinale voisine du jéjunum. Amaigrissement rapide et mort vingt-cinq jours après l'intervention.

OBSERVATION XVI (résumée) (1).

Par le Dr Riss, de Marseille. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1905.

Présentation de l'épaule. — Embryotomie cervicale. — Déchirure de l'utérus. — Intervention immédiate : Porro. — Mort douze jours après par tétanos.

X..., primipare, 18 ans, est transportée à la Maternité, le 13 octobre 1904, à 5 heures du matin. Elle habite un appartement sordide dans le voisinage des écuries des Pompes funèbres de Marseille.

La grossesse est à terme, la poche des eaux s'est rompue prématurément, il y a quatre jours, et le travail s'est déclaré depuis plus de quarante-huit heures.

Une vieille sage-femme appelée, a constaté une mauvaise présentation et, après avoir longuement tergiversé, s'est décidée à soumettre le cas à un médecin qui a immédiatement fait transporter la parturiente à la Maternité.

(1) Nous avons tenu à faire figurer ici cette observation, bien que l'intervention tentée n'ait point été une hystérectomie totale ; elle nous a semblé un exemple typique des dangers d'infection secondaire grave que court une malade hystérectomisée par la méthode de Porro.

C'est là que je la trouve, le 13 octobre, à 6 heures du matin, dans un état d'épuisement extrême. La main droite du fœtus est hors de la vulve par laquelle s'écoule un liquide sanieux. Le col est complètement dilaté, mais l'utérus est fortement rétracté et il est impossible d'introduire la main dans sa cavité. Inutile d'ajouter que le fœtus a succombé pendant ce travail prolongé qui a provoqué une véritable tétanisation du muscle utérin.

Au moment où je vois la malade, une seule intervention s'impose : l'embryotomie. Je me mets en devoir de la pratiquer, malgré les difficultés considérables, car la tête remontée s'est creusée une loge dans la paroi latérale gauche de l'utérus. Sur deux doigts introduits le long de l'épaule, je glisse les ciseaux de Dubois et commence la section du cou. A peine ai-je entamé la colonne cervicale que je sens céder le segment inférieur qui jusque-là bridait mes doigts comme un étau. Une déchirure transversale de 5 centimètres environ s'était produite.

J'interromps immédiatement l'intervention commencée, je m'aseptise avec soin, fais aseptiser la région abdominale, et, vingt minutes exactement après la rupture, j'ouvrais le ventre et pratiquais l'opération césarienne suivie de l'amputation de Porro.

Les suites de mon intervention furent meilleures que je ne l'espérais. L'état général de la femme s'améliora rapidement, grâce à des injections répétées de sérum artificiel. Aucun accident péritonéal ne se déclara et la plaie abdominale se réunit par première intention autour du pédicule cervical.

Je considérais à bon droit cette jeune femme comme hors de danger, lorsque le 25 octobre, douze jours après l'opération, ma malade accuse le soir des difficultés de la déglutition et une sorte de rétraction de la langue. Je constate un léger degré de trismus et fais immédiatement injecter 20 cc. de sérum antitétanique. La nuit est un peu agitée.

Le lendemain matin, température 37° 7. Le trismus per-

siste et il se produit de la raideur de la nuque. Je fais injecter 40 cc. de sérum antitétanique et donne un lavement de chloral. Le soir, 38° 8; la nuit est agitée. A 7 heures du matin, la malade a une ou deux secousses et meurt subitement, 36 heures après le début des accidents tétaniques.

A l'autopsie je constatai le parfait état de la plaie abdominale et du moignon. Par contre au niveau de l'orifice vaginal du col utérin, un liquide sanieux s'écoulait; dans un échantillon de ce liquide prélevé, et examiné, on découvrit le bacille de Nicolaïer. Par contre, l'examen de la sérosité prélevée au niveau de la plaie abdominale fut négatif.

L'opérée est morte non d'une rupture utérine et de l'intervention ultérieure, mais d'une infection tétanique contractée avant son entrée à la Maternité.

OBSERVATION XVII

Par MM. le Professeur agrégé TIXIER et le Docteur JANIN.

M^{me} X... V pare, 38 ans.

Bonne santé habituelle. Mariée à 30 ans. Un enfant il y a huit ans. Accouchement lent ayant nécessité une application de forceps avec tractions fortes et prolongées. Suites de couches légèrement fébriles. Phlébite de la jambe gauche. En 1904, le 30 mai, faussé couche de deux mois à l'occasion de laquelle on constate de petits fibromes utérins.

Le 10 décembre de la même année, avortement de deux mois et demi. On constate de nouveau la présence de fibromes multiples du volume d'une noix à une noisette.

Le 30 mai 1905 nouvelle fausse couche de trois mois. Les règles sont un peu douloureuses et contiennent quelques caillots. Dans l'intervalle la santé de la malade est satisfaisante, elle ressent parfois une sensation de pesanteur de plénitude, pas de ménorrhagies, pas de metrorrhagies. Aucun signe d'inflammation péri-utérine.

En 1906, nouvelle grossesse, les dernières règles sont du 27 au 1^{er} juillet, la grossesse est constatée et affirmée en



Utérus fibromateux rupturé au cours de l'accouchement.
Hystérectomie par le Professeur agrégé TIXIER.

septembre. La grossesse est pénible, donne lieu à des pesanteurs, des malaises vagues, mais rien en somme de particulier, il n'y a jamais eu d'albumine.

Accouchement le dimanche 7 avril. Les douleurs commencent à 4 heures du matin, elles sont espacées, irrégulières. A 10 heures du matin, premier examen, le ventre est celui d'une femme à terme, saillant, remontant jusqu'aux fausses côtes; l'enfant a l'air d'être volumineux, la palpation est difficile à cause des fibromes qui rendent les sensations obscures. Ces fibromes sont perçus vers le fond, ainsi qu'en avant et à gauche, plus bas. La tête est sur le détroit supérieur, le dos à droite, l'épaule antérieure du côté droit du bassin. C'est là qu'on trouve le maximum des bruits du cœur, l'auscultation est gênée par la présence d'un fibrome à ce niveau.

Par le toucher on sent le col effacé et dilaté à sept centimètres environ, la poche des eaux est intacte, à travers elle on sent la tête appuyer sur le bassin, elle est mobile; on arrive difficilement sur la petite fontanelle en arrière et à droite; la grande fontanelle est plus accessible, en avant et à gauche; c'est une droite postérieure, la tête est peu fléchie.

Les douleurs continuent. A 1 heure, nouvel examen, la dilatation est comme la paume de la main, la tête est plus abaissée, cependant, non encore engagée, sa position semble la même. Il reste beaucoup de col surtout en avant.

La malade a besoin de pousser; on rompt la poche des eaux, la malade fait des efforts, mais les douleurs sont espacées, irrégulières, pénibles.

A 3 heures, le travail a continué sans changement, la dilatation est à peu près complète, il reste seulement du col en avant. On voit la nécessité de terminer immédiatement par un forceps lorsque brusquement sans aucune cause apparente, à 3 h. 45, la malade est prise d'une douleur vive du côté gauche. Mais la douleur se calme un peu, les contractions utérines reprennent leur marche en laissant dans

l'intervalle une douleur continue au côté gauche. On entend très mal les bruits du cœur, les eaux sont troubles, rousses, un peu rosées, il n'y a pas d'hémorragie.

La malade est endormie. Immédiatement on constate que la tête s'est peu à peu défléchie et qu'on a affaire à une présentation du sinciput presque une présentation du front. Le forceps est très rapidement appliqué avec les lacs, mais on voit très vite que ces derniers sont inutiles, la tête descend rapidement et le dégagement a lieu par fixation de la bosse frontale sous la symphyse, l'extraction du tronc est rapide.

L'enfant est bleu, ne respire pas, mais le cœur bat, et assez vite la respiration artificielle le ranime. Bain chaud, frictions.

Il n'y a eu aucune hémorragie. Après la sortie de l'enfant deux points de suture sont placés sous le périnée. Il est 4 h. 1/4, la malade semble aller bien, les contractions utérines reprennent sous forme de coliques vingt minutes après l'accouchement et une heure après le délivre très complet est expulsé par ces contractions.

Cependant la malade n'a pas cette sensation délicate des accouchées délivrées. La douleur persiste, continue, et s'est généralisée peu à peu à tout l'abdomen. Cependant il n'y a aucune hémorragie. L'aspect de la malade est satisfaisant.

La nuit a été médiocre, mais la malade a dormi quelques instants et le matin on est absolument trompé par l'aspect de la malade. Le faciès est bon.

Mais vers 11 heures la situation se modifie, il y a des malaises vagues, de la douleur généralisée à tout l'abdomen, quelques nausées.

Le soir le ventre est ballonné, la malade n'a fait aucun vent.

Le mardi 9 l'état est plus mauvais, on met de la glace sur le ventre et on décide une consultation pour le soir avec M. Tixier. Dans la soirée l'état s'est aggravé, vomis-

sements, ballonnement généralisé de l'abdomen, la malade est transportée d'urgence à la maison de santé. On la voit le soir même à 10 heures. On constate que le globe utérin nettement circonscrit à droite se perd à gauche et qu'on sent de ce côté un empâtement flou vers la base du ligament large gauche. Il n'y a pas eu de vents, l'état général est mauvais et M. Tixier fait le diagnostic de gros hématome dans le ligament large gauche, très probablement causée par une déchirure utérine; les signes d'occlusion sont dus à de la réaction péritonitique, ce n'est pas une occlusion vraie.

L'opération est décidée et a lieu le mercredi 9 avril à 7 heures du matin, *63 heures après l'accouchement*.

Intervention par le professeur agrégé Tixier avec l'assistance des docteurs Jamin et Pellanda.

L'état général est très mauvais : le météorisme énorme, le pouls dépasse 130. La toilette abdominale est très difficilement supportée. On ne commence l'anesthésie au chlorure d'éthyle et à l'éther, que lorsque la malade est fixée sur le lit de Trendelenburg. On la maintient d'abord très peu inclinée.

Rapidement l'incision est conduite du pubis à l'ombilic et en partie dans le ventre. Les anses intestinales sont rouges, ecchymotiques très distendues, elles baignent dans un liquide hématique séro-sanguinolent.

Large compresses refoulant l'intestin sous le diaphragme; la malade est renversée.

Le globe utérin gros, violacé, présente surtout à gauche du sang noir sous la séreuse péritonéale. Le ligament large gauche déchiré est bourré de gros caillots très putrides et desquels s'échappent des gaz. On perçoit nettement une déchirure utérine gauche.

Prises latérales énergiques avec de grosses pinces de Museux. Section avec ligature immédiate des ligaments ronds, des ligaments larges; pincement des utérines. Décèlement habituel du lambeau péritonéal antérieur.

Section vaginale pénible : il est difficile toujours chez une femme qui vient d'accoucher et spécialement dans ces tissus infiltrés de sang, de reconnaître l'insertion vaginale qui se confond avec le segment inférieur utérin : ablation de l'utérus par hystérectomie totale.

Ligature des utérines : surjet hémostatique sur la tranche postérieure. Péritonisation complète du pelvis au-dessus des grosses mèches introduites dans le vagin de haut en bas et qui constituent un simple drainage sous-péritonéal. *Fermeture totale du ventre.*

L'opération (pansement compris) a duré trente-cinq minutes.

La malade est très shockée ; cependant sous l'influence de l'injection de sérum artificiel (500 grammes) de caféine, elle se remonte rapidement.

La journée est satisfaisante et le soir l'état est meilleur.

10 avril. — Au matin le pouls est rapide, 120, le faciès anxieux. La malade a mal dormi, quelques nausées.

La journée est mauvaise, le soir la température dépasse 39°. Le pouls oscille entre 120 et 130. Quelques vomissements.

11 avril. — Ventre météorisé, grosses réactions péritonitiques. Pouls, 130. La malade veut rentrer chez elle. Le pronostic est sombre.

Lè soir, amélioration, vents, pouls meilleur.

Dans la nuit grosse débâcle de matières fécales très putrides d'odeur infecte. Soulagement.

12 avril. — Grosse amélioration.

Les suites furent marquées dans la semaine qui suivit l'opération par une légère poussée phlébique qui se résolut rapidement, et le 10 mai, un mois exactement après, la malade se levait.

Nous avons revu récemment cette malade, dont l'état est aussi satisfaisant que possible.

CONCLUSIONS

I. — Dans tous les cas où le médecin diagnostiquera, au cours d'un accouchement, la rupture utérine, il devra intervenir, « aller voir », pour tâcher de supprimer la cause du mal. La méthode dite « expectative » n'en est pas une et l'on ne doit pas rester inactif devant un accident d'une aussi haute gravité.

II. — L'intervention *de choix* sera l'hystérectomie abdominale totale, avec péritonisation pelvienne, drainage ou tamponnement vaginal de l'espace sous-péritonéal et fermeture complète de l'incision abdominale. Lorsque le chirurgien aura à sa disposition les aides, le matériel et l'installation suffisants, en particulier dans les services hospitaliers, c'est à ce *modus faciendi* qu'il devra donner la préférence.

III. — Cependant, il ne faut point bannir de la pratique les autres méthodes d'hystérectomie qui n'enlèvent pas la totalité de l'organe ; et en particulier, l'opération de Porro, pourra, dans sa simplicité et sa rapidité d'exécution, être d'un grand secours dans des cas où le praticien sera isolé, loin d'un centre hospitalier, à la campagne, par exemple. Mais il ne faut pas confondre les indica-

tions d'une intervention de fortune et d'une méthode de choix. Quand on le peut, on doit préférer l'hystérectomie abdominale totale. Et ce n'est qu'à défaut de celle-ci, que trouvera son emploi l'opération de Porro.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

A. POLLOSSON.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER : .

Lyon, le 10 novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNDT. — Uterusruptur nach Wendung. (*Centralblatt, f. Gyn.*, 1896, p. 633.)
- ALBERS-SCHOENBERG. — *Centrab., f. Gyn.*, 1894.
- ALESSANDRINI. — *Annali di Medicina*, Milano, 1879.
- ALEXANDER. — Rupture of the uterus, hysterectomy, recovery. Liverpool, *Méd. chir. Journ.*, 1890, p. 364.
- AMANN. — *München. med.*, Wachensche, 1902.
- ANDREWS. — *The Lancet*. London, 1887.
- AUBENAS. — Thèse Strasbourg, 1885.
- BÄNDL. — Über Ruptur d. Gebaermutter. Vienne, 1875.
- BAECKER. — Fall von Uterus ruptur. *Centralb., f. Gyn.*, 1897.
- BAER. — *Am. Journ. of Obst.*, 1885.
- BAR P. — Thèse d'agrégation. Paris, 1883.
- Un cas de rupture incomplète de l'utérus. *Bull. de la Soc. obst.* Paris, 1899.
- BARNES. — Opérations obstétricales. 1871.
- BARNESBY et MERCIER. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1899.
- BARRY. — Rupt. ut. (*Brit. Méd. Journ.* London, 1892.)
- BATTLEHNER. — *Archiv. f. Gyn.*, 1884.
- BAYER. — *Centr. f. Gyn.*, 1895.
- BACHELOR. — Rupture de la matrice. *Brit. med. Journ.*, mars 1899.
- BERGH. — Cas de rupture complète de l'utérus. *Centralb. f. Gyn.*, 1883.
- BERT. — A case of rupt. (*Lancet*, 1895.)
- BERGMANN. — Ueber eniem Fall von completer Uterus ruptur durch Laparotomie geheilt. *Prag. med.*, Wochensche, 1902.
- BIEGANSTI. — Extirpation de l'utérus après rupture et pendant le travail. *Gazeta lekarska*, Warszawa, 1893.
- BLACKWELL. — Cas de rupt. de l'utérus. *The Lancet*, 1890.
- BOGDAN. — Considérations sur le traitement des ruptures utérines avec observations. *Bull. soc. méd. et nat. de Jassy*, 1892-1893.

- BONNAIRE. — Des ruptures utérines dans le travail de l'accouchement. *Arch. de tocol. et gyn.*, 1891.
- BOUG. — Ueber ein Fall von Uterus ruptur. *Deutschen méd., Wochensche*, 1898.
- BRANHAM. — A case of complet hystérectomy for rupture of the uterus and vagin during confinement. *Maryland Méd. Journ.*, Baltimore, 1897.
- BROSSARD. — Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus. Thèse, Paris, 1890.
- BRINDEAU. — Les ruptures utérines du travail. Rapport à la Soc. d'obst. de France, 1905.
- CADIZ. — Contribution à l'étude du traitement de la rupture de l'utérus pendant et après le travail de l'accouchement. Thèse, Paris, 1883.
- CAZEAUX et TARNIER. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1867.
- CHÉROU. — Deux observ. de rupture utérine spontanée. *Revue d'Obst. et de Gyn.* Paris, 1896.
- CHOMOLGOROFF. — *Zeits f. Geb. und Gyn.*, 1895.
- CHROBAK. — Rupt. de l'ut. — Hyst. abd. tot. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898.
- COE. — Rupt. of the ut. With prolapse of the intestine; total extirpation; death from shock. *Ann. Journ. obst.*, New-York, 1891. — Rupt. of the ut. Hysterectomy. *Death., Ibid*, 1892.
- CRISTEANU. — *Annales de gynec. et d'obst.*, 1891.
— *Annales de gyn. et d'obst.*, 1902.
- DELAGENIÈRE. — Chirurgie de l'utérus. Paris, 1899.
- DENEUX. — De la rupture de la matrice. Thèse, Paris, 1804.
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1876.
- DOLÉRIS. — *Arch. de tocol.*, 1884.
— *Ann. de Gyn.*, 1886.
- DOYEN. — Procédés d'hystérectomie abdominale totale. Congrès de Gyn. Genève, 1896.
- DRACHIESCO et CRISTEANU. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Paris, 1902.
- FAVRE. — Ostéomalacie; rupt. de l'ut. Laparotomie. *Rev. méd. de la Suisse rom.* Genève, 1886.
- FOURNIER. — Rupt. ut. — Hystérect. abd. tot. — Mort le 25^e jour. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1899.
- FORNÉ. — Thèse Paris, 1900: Etudes comparées des différentes méthodes de traitement concernant les ruptures utérines.
- GENTILHOMME. — Hystérectomie abdominale. Thèse, Paris, 1894.
- GIBERT. — *Rev. mensuelle de gyn., obst. et paed. de Bordeaux*, 1899.

- GUERMONPREZ. — Procédés d'hystérectomie abd. totale. Acad. de méd., 1891.
- HARTMANN. — Hyst. abd. tot. Sa technique opératoire, ses indications. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* Paris, 1897.
- Rupt. ut. — Hystérect. abd. Guérison. — *Fonctionnement de la maison Baudelocque*, année 1899.
- HERGOTT. — Un cas de rupt. de l'utérus. *Revue méd. de l'Est*, 1901.
- *Revue méd. de l'Est*, 1905.
- JAILLE. — Thèse Paris, 1885.
- JOLLY. — Thèse Paris, 1870.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchement.
- KELLY. — Procédé d'hys. abd. tot. Congrès de chir., Washington, 1895.
- KRAJEWSKI. — *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896.
- KOLOMENKINE. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1903.
- LABUSQUIÈRE. — Thèse Paris, 1884.
- *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1894-1903.
- LEHMANN. — *Arch. de tocologie*, 1877.
- LE MONIET. — Th. Paris, 1894.
- LEPAGE. — *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, 1892, 1897, 1898.
- LOUSSOT. — Hyst. abd. tot. pour rupt. ut. *Gaz. des hôp.*, 1898.
- MARS. — Rupt. ut.; hys. abd. tot. — *Przegląd lekarski*. Krakow, 1897.
- MARTIN. — Procédé d'hyst. ab. tot. Congrès intern. de Rome, 1894.
- MATTEI. — Thèse d'agrégation. Paris, 1860.
- MENU. — Th. Paris, 1893.
- PETIT. — *Annales de Gyn.*, 1874.
- PICHEVIN. — Historique de l'hyst. abd. tot. *Sem. gyn.* Paris, 1898.
- PINARD. — Rupt. ut. — Hyst. abd. tot. Mort. *Fonctionnement de la maison Baudelocque*, 1898.
- PORAK et AUDION. — Rupt. incompl. de l'ut. Mort. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1900.
- REY. — Thèse Paris, 1854.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RICARD. — Procédés d'hystérect. abd. tot. Congrès de chir. Paris, 1896.
- RICHELOT. — Proc. d'hyst. abd. tot. *Rev. de Gyn. et de chir. abd.*, Paris, 1897.
- ROSE. — Rupt. ut. successives chez la même femme. *Revue des sc. méd.*, 1878.
- ROUTIER. — De l'hystérect. abd. *Union méd.*, 1893.
- SCHWARTZ. — Proc. d'hyst. abd. tot. Soc. de chir., 1895.
- TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique. Paris, 1894.

- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1898.
- TRÉBILLOT. — Th. Nancy, 1878.
- VALÉRY. — Th. Paris, 1904-1905.
- VARNIER. — Rupt. ut. — Tamponnement. *Fonctionnement de la maison Baudelocque*, 1892.
- Rapport présenté au congrès de gyn., d'obst. et de pœd. Nantes, 1901.
- *Annales de Gynéc.*, 1901.
- VILLAR. — Rupt. ut. Porro. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1895.
- WEISS et SCHUHL. — Deux cas de rupt. ut. *Revue méd. de l'Est*, 1900.
-

